

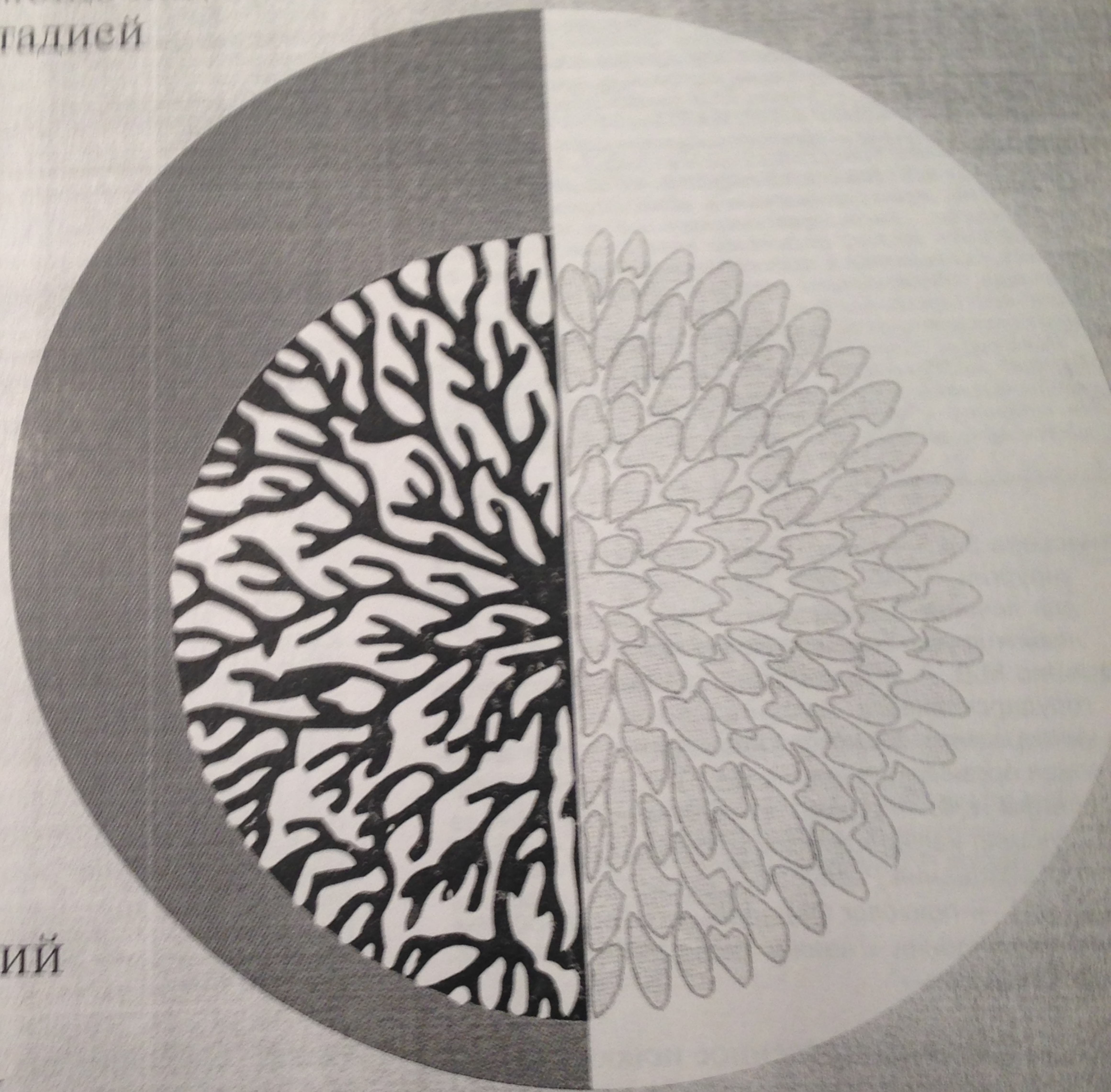
№ 1
2010

НАУЧНО-ПРАКТИЧЕСКИЙ ЖУРНАЛ

Паллиативная помощь пациентам
с терминальной стадией
хронической
обструктивной
болезни легких

Позитронная
эмиссионная
томография, как
современное
перспективное
направление
развития
радионуклидной
диагностики
в регионах России

Ритмический
подход в
лечении хронического простатита



ФОНД «ПАЛЛИАТИВНАЯ МЕДИЦИНА И РЕАБИЛИТАЦИЯ БОЛЬНЫХ»

www.moql.ru

З.А. Афанасьева, М.В. Федоренко, И.Ф. Сибгатуллина, Р.Н. Миначева

ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ ОСОБЕННОСТИ БОЛЬНЫХ РАКОМ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ ПОСЛЕ РАДИКАЛЬНОГО ПРОТИВООПУХОЛЕВОГО ЛЕЧЕНИЯ

Республиканский клинический онкологический диспансер МЗ Республики Татарстан,
Татарский государственный гуманитарно-педагогический университет,
Институт развития образования Республики Татарстан,
Федеральное Государственное учреждение «Главное бюро МСЭ по Республике Татарстан», Казань

Цель исследования — выявление личностных особенностей у больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения.

Основную группу составили 120 больных раком щитовидной железы, контрольную — 55 доноров. Личностные особенности больных и доноров изучались с помощью психодиагностических опросников: САН (самочувствие, активность, настроение); теста Спилберга Ч.Д. — Ханина Ю.Л. (шкалы личностной и реактивной тревожности); СМОЛ (ММРІ).

Психологические особенности больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального лечения характеризуются повышенной ситуативной и личностной тревожностью, приверженностью к общепринятым нормам и инструкциям, высоконравственным или псевдонравственным образом жизни, снижением порога толерантности к стрессу, склонностью к психосоматическому варианту дезадаптации, сдерживанием активной самореализации, контролем над агрессивностью, избеганием ответственности, снижением оптимизма, жизнелюбия и активности.

Выявленные личностные особенности у больных раком щитовидной железы должны учитываться врачами онкологами и эндокринологами при проведении диспансерного наблюдения. Для возврата к нормальной трудовой деятельности этим больным необходима психологическая реабилитация.

The purpose of this research is to discover some personal characteristics typical of the patients suffering from thyroid gland cancer at distant periods after a radical antitumoral treatment.

The main group consisted of 120 patients suffering from thyroid gland cancer. The control group was made up by 55 donors. The personal characteristics of the patients and donors were studied with the help of psychodiagnostic questionnaires: (perceived well-being, activity, mood); the test of Spielberger Ch.D. and Khanin U.L. (the scale of a personal and reactive anxiety); MMPI.

Among the psychological peculiarities of the patients suffering from thyroid gland cancer at distant periods after a radical antitumoral treatment there can be distinguished hyperanxiety of a situational or a personal character, adherence to generally accepted regulations and norms, a lifestyle of high or false moral standards, tolerance threshold decrease of a stress resistance, predisposition to the deadaptation of a psychosomatic kind, suppression of an active selfrealization, control over aggressiveness, avoidance of taking responsibilities, decline of optimism, cheerfulness and activity.

The revealed personal characteristics of the patients suffering from thyroid gland cancer should be taken into consideration by oncologists and endocrinologists while conducting a case follow-up. For returning to a normal working activity these patients urgently need a psychological rehabilitation.

Афанасьева З.А. — д.м.н., доцент кафедры онкологии и хирургии КГМА, зав. диагностическим центром для лечения больных опухолями щитовидной железы и других эндокринных органов РКОД МЗ РТ

Федоренко М.В. — асс. кафедры психологии Татарского государственного гуманитарно-педагогического университета, психолог Общественной противораковой организации инвалидов РТ «Омэт-Надежда»

Сибгатуллина И.Ф. — доктор психологических наук, заведующая кафедрой психологии Института развития образования Республики Татарстан

Миначева Р.Н. — психолог Федерального Государственного учреждения «Главное бюро МСЭ по Республике Татарстан»

Известно, что злокачественное новообразование и психическое состояние пациентов взаимосвязаны: с одной стороны, заболевание провоцирует появление разнообразных психических переживаний, с другой стороны, в появлении злокачественных опухолей, а также вероятности излечения от них существенна роль психологического преморбиды и типов психологического реагирования на заболевание [5,6,8,14].

Частота и выраженность психических реакций на онкологическую патологию зависят как от локализации, распространенности процесса, так и особенностей характера человека, заболевшего онкологическим заболеванием, наличия в преморбиде акцентуированных черт характера [6,8,9,13,14]. Так, по данным Р.В. Овчаровой и А.Н. Великолуга для больных раком молочной железы характерна, прежде всего, фрустрационная нетолерантность, раком прямой кишки — агрессивное беспокойство, мочевого пузыря — эмоциональная неустойчивость [9].

В многочисленных публикациях о психологических особенностях онкологических больных [3,4,7-9,11,13-21] не нашли сведений о личностных особенностях больных раком щитовидной железы.

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ

Целью экспериментального психодиагностического исследования было выявление личностных особенностей у больных раком щитовидной желе-

зы после радикального противоопухолевого лечения.

Основную группу составили 120 больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках (2-4 года) после радикального лечения в Клиническом онкологическом диспансере МЗ РТ, получающих терапию L-тироксина и не имеющих на момент исследования рецидива заболевания. У них предполагался положительный прогноз на будущее. Средний возраст пациентов — $42,5 \pm 0,9$ лет. Контрольную группу («условно здоровые») составили 55 доноров Городской станции переливания крови. Средний возраст доноров составил $41,2 \pm 1,4$ лет. Пациенты и доноры имели высшее, незаконченное высшее или средне-специальное образование.

Личностные особенности пациентов раком щитовидной железы и доноров изучались с помощью психодиагностических опросников: САН (самочувствие, активность, настроение); теста Спилберга Ч.Д. — Ханина Ю.Л. (шкалы личностной и реактивной тревожности); ММРІ-СМОЛ (стандартизированный многопрофильный опросник личности) [2,10,12]. Основная и контрольная группы во время психодиагностики находились примерно в одинаковых больничных условиях. Причем, доноры пришли на достаточно болезненную процедуру, как сдачу крови, в отличие от больных, которые не подвергались со стороны медицинских работников каким-либо манипуляциям. Всего было произведено 512 психодиагностических исследований. Статистическую обработку данных проводили с помощью пакета программ Exel 8, BIOSTATISTICA 4.03 (Glantz S.A., 1999). Полученные показатели интерпретировали согласно инструкциям применяемых тестов [2,10,12]. Достоверность различий показателей в сравниваемых группах определяли по критерию Стьюдента. Различия считали достоверными при $p < 0,05$.

Показатели психофизиологического функционального состояния по данным теста САН в основной и контрольной группах представлены в таблице 1.

Как следует из таблицы, показатели самочувствия и настроения достоверно отличались в основной и контрольной группах. У пациентов раком щитовидной железы эти показатели были ниже по сравнению с таковыми доноров. По нашему мне-

нию, это можно объяснить субъективным отношением пациентов раком щитовидной железы к своей болезни. Несмотря на то, что у больных прошло успешно противоопухолевое лечение, у них остается сниженным настроение, и сохраняется плохое самочувствие. Активность в обеих группах достоверно не отличалась.

Показатели реактивной и личностной тревожности по данным шкалы самооценки Спилберга Ч.Д. — Ханина Ю.Л. в основной и контрольной группах представлены в таблице 2.

В группах, как видно из таблицы, достоверно отличались показатели как реактивной (т.е. ситуативной), так и личностной тревожности. Основная группа характеризовалась высокой реактивной и личностной тревожностью. Таким образом, одна из главных личностных особенностей больных раком щитовидной железы — это тревожность, т.е. повышенная склонность испытывать беспокойство в разных жизненных ситуациях, в том числе и тех, объективные характеристики которых к этому не предрасполагают.

По всем показателям теста СМОЛ, кроме коэффициентов L и F, наблюдали достоверные отличия в основной и контрольной группе (рис. 1.).

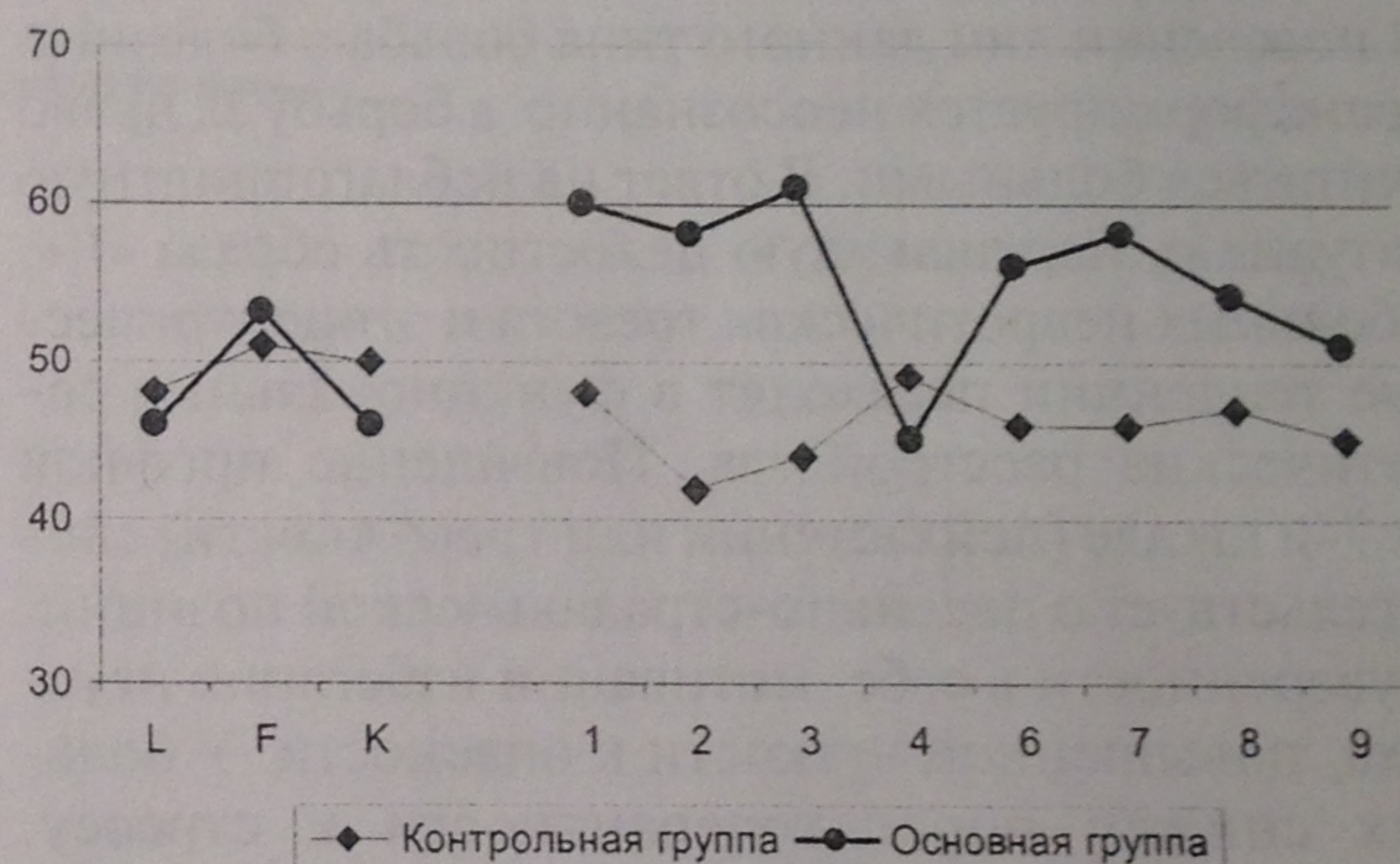


Рис 1. Усредненные профили СМОЛ в основной и контрольной группах

Примечание: по вертикали — Т — единицы, по горизонтали — шкалы: L, F, K, 1 — ипохондрии, 2 — депрессии, 3 — истерии, 4 — психопатии, 6 — паранойальности, 7 — психастении, 8 — шизоидности, 9 — гипомании

Таблица 1

Показатели психофизиологического функционального состояния по данным теста САН в основной и контрольной группах в баллах

Группы	Самочувствие	Активность	Настроение
основная n=111	$44,1 \pm 1,1$	$45,0 \pm 0,9$	$48,8 \pm 0,9$
контрольная n=53	$57,6 \pm 1,4$	$47,7 \pm 2,1$	$56,7 \pm 1,6$
	$p < 0,05$	$p > 0,05$	$p < 0,05$

Таблица 2

Показатели реактивной и личностной тревожности по данным шкалы самооценки
Спилбергера Ч.Д. — Ханина Ю.Л. в основной и контрольной группах в баллах

Группы	Реактивная тревожность	Личностная тревожность
основная n=119	33,0±0,6	52,2±0,8
контрольная n=55	22,1±1,3	43,7±1,4
	p<0,05	p<0,05

В профиле пациентов раком щитовидной железы самыми высокими являются Т-единицы 1-й шкалы (ипохондриии или невротического сверхконтроля) и 3-й шкалы (истерии или эмоциональной лабильности). Это свидетельствует о том, что больные реагируют на неблагоприятную ситуацию как стенически, так и гипостенически, т.е. у них имеет место «смешанный» тип реагирования. Этот тип реагирования характеризуется приверженностью к общепринятым нормам и инструкциям, высоконравственным или псевдонравственным образом жизни, склонностью к психосоматическому варианту дезадаптации. Для такого профиля также характерно подавление спонтанности, сдерживание активной самореализации, контроль над агрессивностью, избегание ответственности. В поведении лиц данного типа борьба с болезнью трансформируется неосознанно в борьбу за право считаться больными. В ответ на неблагоприятную ситуацию, нарушающую целостность образа «Я», у больных невротическая тревога и эгоцентрические тенденции переходят в функциональные соматические расстройства. Повышение профиля по 7-й шкале (психастении или тревожности) свидетельствует о пассивно-страдальческой позиции, неуверенности в себе, мотивации избегания успеха, повышенной чуткости к опасности. У больных снижен порог толерантности к стрессу, склонность к сомнениям, избыточная самокритичность, заниженная самооценка и в то же время — завышенное идеальное «Я».

В профиле контрольной группы высокие показатели, в пределах нормы, по 4-й шкале (психопатии или импульсивности) говорят о том, что доноры проявляют активную личностную позицию, у них преобладает мотив достижения успеха, уверенность в принятии решений. Для них также характерны нетерпеливость, склонность к риску, стремление к независимости, в отличие от больных раком щитовидной железы, у которых по этой шкале самые низкие баллы, свидетельствующие о хорошем самоконтроле, отсутствие спонтанности, непосредственности поведения, об отсутствии лидерских черт, о приверженности общепринятым нормам поведения.

В профилях обеих групп, и больных раком щитовидной железы и доноров, снижены Т-баллы по

9-й шкале (оптимистичности или гипомании). Это говорит о том, что у всех испытуемых выявлено снижение оптимизма, жизнелюбия и активности. Это подтверждает также и тест САН (табл. 1). Повышение профиля по 4-й шкале (психопатии или импульсивности) в сочетании с понижением по 9-й шкале в группе доноров свидетельствует о неконтролируемой импульсивности.

Володин Б.Ю. [4], изучавший личностные особенности больных раком молочной железы и тела матки, пишет, что данные пациенты характеризуются нежеланием проявлять привязанности, скрытостью, максимальным эмоциональным неблагополучием, незрелой сексуальностью, аутодеструкцией, сверхсовестливостью. Биктемиров Т.З. [1], оценивая психоэмоциональный статус больных раком молочной железы с метастазами в кости, указал на высокую тревожность, эмоциональный дискомфорт и депрессию этих больных. О хронической утомляемости больных раком шейки матки после лучевого лечения пишет Vistad I. с соавт. [21].

Как показали наши исследования, психологические особенности больных раком щитовидной железы после радикального противоопухолевого лечения характеризуются повышенной ситуативной и личностной тревожностью, приверженностью к общепринятым нормам и инструкциям, высоконравственным или псевдонравственным образом жизни, склонностью к психосоматическому варианту дезадаптации, сдерживанием активной самореализации, контролем над агрессивностью, избеганием ответственности.

Таким образом, результаты психологической диагностики больных раком щитовидной железы на отдаленных сроках после радикального противоопухолевого лечения показывают, что, несмотря на то, что пациенты получили радикальное лечение, т.е. медицинская реабилитация у них прошла успешно, для улучшения качества жизни, для возврата к нормальной трудовой деятельности этим больным необходима еще психологическая реабилитация.

Выявленные личностные особенности у пациентов раком щитовидной железы должны учитываться врачами онкологами и эндокринологами при проведении диспансерного наблюдения.

Литература:

1. Биктимиров Т.З., Михеева Г.Х. / Паллиативная медицина и реабилитация. — 2000. — № 1-2. — С. 133.
2. Бурлачук Л.Ф., Морозов С.М. Словарь-справочник по психодиагностике. / СПб. — Питер. — 1999.
3. Володин Б.Ю., Куликов Е.П., Савин А.И., Володина Л.Н. / Паллиативная медицина и реабилитация. — 1999. — № 3. — С. 23-28.
4. Володин Б.Ю., Петров С.С. Куликов Е.П. и др. / Паллиативная медицина и реабилитация. — 2005. — № 4. — С. 12-16.
5. Ввозный Э.К., Малова Ю.В. / Вопросы онкологии. — 1999. — Т. 45. — № 2. — С. 202-204.
6. Гнездилов А.В. Психогенные реакции у онкологических больных. / Автореф. дис. ... канд. мед. наук. — Л. — 1977.
7. Демин Е.В., Чулкова В.А., Блинов Н.Н. / Вопросы онкологии. — 1990. — Т. 36. — № 3. — С. 360-365.
8. Менделевич В.Д. Клиническая и медицинская психология. — М. — МЕДпресс. — 1999.
9. Овчарова Р.В., Великолуг А.Н. / Паллиативная медицина и реабилитация. — 1997. — № 1. — С. 26-30.
10. Психотерапевтическая энциклопедия. / Под ред. Б.Д. Карвасарского. — СПб. — Питер. — 1999.
11. Сидоренко Л.Н. Мастопатия: психосоматические аспекты. / Л. — Медицина. — 1991.
12. Собчик Л.Н. СМЛ. Стандартизированный многофакторный метод исследования личности. / СПб. — Речь. — 2003.
13. Тхостов А.Ш. Журн. невропат. и психиатр. им. С.С. Корсакова. / 1984. — Т. 34. — № 12. — С. 1839-1844.
14. Чаклин А.В. Вопросы онкологии. / 1992. — Т. 38. — № 7. — С. 873-888.
15. Lewis J.A., Manne Sh.L., DuHamel K.N. et al. / J. Behav. Med. — 2001. — V. 24. — N 3. — P. 231-245.
16. Neilson-Clayton H., Brownlee K. / J. Psychosoc. Oncol. — 2002. — V. 20. — N 1. — P. 1-13.
17. Selye H. Селье Ганс На уровне целого организма. / М. — Наука. — 1972.
18. Simonton K., Simonton S. Саймонтон К., Саймонтон С. Возвращение к здоровью (новый взгляд на тяжелые болезни). / СПб. — Питер. — 1995.
19. Simonton K., Simonton S. Саймонтон К., Саймонтон С. Психотерапия рака. / СПб. — Питер. — 2001.
20. Thewes B., Butow P., Pendlebury S., Girgis A. / Psycho-Oncol. — 2000. — V. 9. — N 5. — P. 29.
21. Vistad I., Fossa S.D., Kristensen G.B., Dahl A.A. // BJOG; Int. J. Obstet. And Gynaecol. 2007. — V. 114. — N 9. — P. 1150-1158.

Поступила 02.11.2009 г.

Уважаемые читатели!

Если Вас заинтересовал наш журнал «Паллиативная медицина и реабилитация», но Вы еще не стали нашим подписчиком, с условиями подписки на журнал и расценками можно ознакомиться на странице 79.